

Cáncer del colon. Punto de vista radiológico *

Por el Dr. CARLOS COQUI

Al señor doctor Ignacio Chávez.
Respetuosamente.*

Al comparecer ante vosotros por primera vez, séame permitido manifestar, desde luego, la honda satisfacción que experimento al formar parte de esta H. Corporación, en cuyo seno se presentan y discuten los más importantes trabajos en que descansa el desarrollo nacional de la Medicina.

Vase por el camino sin que se distinga ningún punto luminoso que indique a qué lugar se deben dirigir nuestros pasos, para que pueda considerarse que una vez recorrido el sendero, allí se encontrará de cierto la felicidad permanente. Felicidad no consiste tan sólo en poseer recursos económicos para subvenir a las necesidades de la vida con holgura y beneplácito; tampoco en formar un hogar donde se encuentre el reposo y la tranquilidad, ni en el disfrute de la salud más preciada, y así también en otras circunstancias que por numerosas, sería imposible mencionar aquí, sino en el gozo espiritual y en una recompensa a las actividades a que la vida se ha consagrado.

Aplicando tales ideas al ejercicio de una profesión, resulta obvio expresar qué aspiraciones son las que verdaderamente otorgan esa felicidad, ya que es muy grande el ansia de llegar al principio de una jornada nueva, de una era más seria de vida profesional sonriente y satisfecho, después de vencer los grandes obstáculos que se levantan en medio del horizonte.

En mi caso concreto, el concepto anteriormente expuesto relacionase con mi ingreso a la Academia Nacional de Medicina, que para mí encierra un hecho trascendental, que una vez definido permite analizarlo y estimar qué significado tiene, desde el punto de vista histórico personal, cuando un médico cuenta solamente una década de vida activa.

La Academia Nacional de Medicina representa la agrupación médica de mayor relieve y bajo la acción magnética que ejerce en los espíritus entusiastas por la lucha contra el dolor, es el centro

* Trabajo de ingreso leído en la sesión del 15 de mayo de 1940.



Fig. No. 1.—Neoplasma del ciego. Tipo vegetante. La lesión es total y abarca parte del ileon.

a cuyo seno se aspira con el mayor anhelo, pues la distinción altamente honrosa que por sí sola constituye el hecho de ser miembro de esta H. Academia, se desea sobremanera. Pero estas pretensiones, pese a la humildad y sencillez que aconseja la vida moderna y el ejemplo de los grandes hombres, define claramente la tendencia de que se entienda, al menos, nuestra labor con la que participamos en el concurso de nuestro medio ambiente médico, lo cual tan sólo indica que, a pesar de la modestia de todos nuestros



Fig. No. 2.—Neoplasma del ciego, no muy extenso. Enema después de evacuación parcial del colon.

actos, se requiere la justicia para que sirva de estímulo y éste fomente el entusiasmo de nuestras actividades.

Una institución científica de gran relieve que abre las puertas del sagrado recinto, al que de muchos años atrás vienen concurriendo las más destacadas personalidades nacionalmente conocidas como consecuencia directa de su afán y dedicación al estudio de la Medicina, dando a conocer con el mayor entusiasmo y honradez las mejores y más sapientes ideas que sirven para orientar hacia nuevos rumbos, con sabia atingencia; la profesión del médico debe considerar a la misma institución, como el albergue más

confortable cuanto que el socio deberá apreciar su ingreso como el estímulo más vigoroso. Queda la obligación de otorgar el reconocimiento definitivo a los ilustres profesionistas que la integran, pues que de su cerebro surgen a la luz las notas de observación más interesantes basadas en el mismo campo de experiencia y comprobadas en la realidad.

La Academia Nacional de Medicina, con su rigorismo, representa de por sí, un pináculo de gloria y el punto más elevado para ascender triunfalmente. Pero su importancia la subraya el hecho



Fig. No. 3.—Neoplasma del ciego, imagen atípica del mismo.
Radiografía por enema.

de que a ella pertenecen, vuelvo a repetirlo, médicos que son una fibra poderosa del nudo profundamente estrecho con que se caracteriza, aunque a mí, simplemente toque tan sólo contemplar su evolución futura. Médicos que con su esfuerzo colectivo han logrado hacer de dicha institución la sociedad más respetable y la sabia consejera que resuelve en un terreno práctico los problemas más oscuros que la realidad presenta al médico, cuando los enfermos, en pos de alivio, acuden a sus gabinetes de consulta sufriendo tristes padecimientos de rara etiología, y que gracias a la divulgación

y originalidad de los trabajos de esta Academia, el médico los toma a manera de linterna prendida para dar luz e indicar al enfermo el camino en que se han de vencer a los elementos que viven en acecho constante, a fin de atrapar la vida humana, apoderándose de mortales, cuya misión, quizá muchos, dejan insatisfecha.

Los grandes sufrimientos que abaten el organismo humano, de hombres fuertes, de cuya vitalidad nos cercioramos a la simple vista, los originan las innumerables enfermedades que se conocen en las patologías; pero contra aquéllas, el recurso de defensa no pasa indiferente, por el contrario, con uno de los más grandes en-



Fig. No. 4.—Imagen seudo tumoral por falta de repleción. Enema.

tusiasmos el grupo de médicos coasociados en esta Academia, se interpone y logra muchas veces vencerlas; aplicando los métodos de investigación más modernos, más notables cada día, cuanto más asombrosos, librando así a una y otra y más existencias dañadas que caminan violentamente hacia el silencio definitivo. Así se demuestra la utilidad del esfuerzo colectivo y la importancia de la colaboración de los miembros organizados para combatir las dolencias de la Humanidad.

Esta labor, en mi concepto, coincide con la misión apostólica del médico y con la finalidad elevada de la Academia Nacional de Medicina, en cuyo recinto han quedado esculpidos para siempre

los consejos más grandes y condensada en la palabra "Progreso" la dirección que sus colaboradores señalan para el perfeccionamiento, los adelantos de la ciencia y de la civilización.

Once años después de recibir un título profesional, los problemas médicos se presentan ante mí de un modo más complejo; es tan multiforme el ejercicio de la Medicina, que el acto de diagnosticar y de curar que exigen los enfermos, constituye un crítico caso de cuyo trance apenas en algunas ocasiones se va a él con



Fig. No. 5.—Neoplasma anular cercano al ángulo hepático (ascendente). Enema

toda firmeza por la seguridad que se tiene en su resolución. Sin embargo, la intención del médico es siempre noble. Ahora que la modernización ha invadido el campo de la Medicina, ya se cuenta con elementos de inigualable valor para contribuir a la obra humana de curar. Ahí están, pues, los Rayos X, el maravilloso descubrimiento germano, en el que la Medicina tiene un aliado, que como poderoso agente de investigación, se utiliza en padecimientos que de otra suerte permanecerían bajo la sombra y el misterio. Tenemos el caso del cáncer del colon, tan común, tan universal;

pero desgraciadamente tan difícil de sorprender en los momentos en que debería atacársele, pues sólo se conoce cuando el consejo del médico ya no tiene un carácter necesariamente terapéutico, sino tan sólo de mitigar el dolor de aquellos que sufrirán la pérdida irreparable de seres queridos, porque el terrible cáncer hará una víctima más en un periodo más o menos próximo.

A pesar de estas convicciones que vienen a definir ante ustedes mi pensamiento, las observaciones que en la práctica de mi profesión he venido haciendo, hoy en esta memorable ocasión pa-



Fig. No. 6.—Infiltración neoplásica del ciego. Esplenomegalia rechazando ángulo izquierdo y transverso. Enema.

ra mí, las expondré lo más precisa y claramente posible, con la intención de que al conocerlas vosotros, las justipreciéis y me otorguéis al menos, la satisfacción de encontrarme en vuestras juntas y sesiones, asociado con tan afamadísimos y entendidos doctores de esta H. Academia Nacional de Medicina.

Ahora que esta H. Corporación me ha hecho el honor de permitir mi acceso, estoy seguro que la responsabilidad moral que he contraído gobernará mi conducta para prestar mi contingente personal, tanto más sencillo, cuanto que mi persona carece de las

dotes que caracterizan a los profesionistas destacados. Puedo asegurar igualmente, que mi colaboración modesta, tan sólo porque no abrirá nuevos horizontes en el campo experimental y clínico de la radiología, hará que mi país cuente con el esfuerzo entusiasta y desinteresado de quien, como yo, tiene por lema la palabra "Adelante".



Fig. No. 7.—Neoplasma no obstructivo del descendente.

Así es que, dándome la magnífica oportunidad de continuar un camino trazado ya con miras de llegar hasta lo último, asociándome al recurso máximo de mi esfuerzo, a la Academia Nacional de Medicina, rendiré mi veneración profunda y respetuosa, ya que estimo que gran parte de mi felicidad radica en el hecho de formar parte de ella.

Los tiempos modernos, brillante aurora de nuestra cultura médica, aún dejan que desear y lo relativo al diagnóstico de los

neoplasmas digestivos constituye un lunar muy grande de la clínica y la terapéutica.

Cuando nos ponemos a pensar que aun con nuestro aparatoso instrumental de diagnóstico, con las potentes máquinas de Rayos X, vemos que aun la hábil mano endoscopista y del cirujano llegan tarde para hacer un diagnóstico oportuno del neoplasma cólico, nos sentimos desanimados y nuestra insuficiencia se traduce por una terapéutica ineficaz y paliativa, que permite sólo poco tiempo



Fig. No. 8.—Cáncer rectosigmoideo, muy extenso

de vida, cuando el paciente no es aniquilado por las terribles complicaciones cancerosas, juntamente con la fragilidad de las vísceras y el choque quirúrgico.

Todos nuestros esfuerzos, pues, deben tender a practicar el diagnóstico lo más oportuno que sea posible, pues con ello haremos una obra máxima, científica, práctica y moral, salvando a muchos de nuestros enfermos. Pero, ¿esto es posible? Sólo en algunos ca-

sos y aun así, se necesita educación del enfermo para sorprender pronto su mal y en colaboración entre las distintas especialidades, una amalgama de éstas, pues el cáncer pertenece al clínico, como al radiólogo y al cirujano, que en tiempo oportuno deberán intervenir para evitar la catástrofe conociendo su evolución y signos al principio.



Fig. No. 9.—Neoplasma de la sigmoide. Se ve claramente la extensión de la lesión carcinomatosa.

Las bases de la unión de radiólogos y clínicos en gastro-entereología oficialmente, se establecieron al fundarse la Asociación de Gastro-enterología y el servicio especializado en esta materia en el Hospital General. Así se constituyó en una institución responsable del adelanto científico en la especialidad y un lugar de práctica en donde reciben los pacientes los tratamientos adecuados a su mal.

Pero muy a pesar del buen funcionamiento, desde el punto de vista práctico del mencionado Servicio y otros análogos, no se ha llegado aún al ideal de colaboración clínico-radiológica y anatómo-patológica, que como veremos después es indispensable y lo preconiza Guthman, para el progreso de las especialidades, principalmente en lo referente al diagnóstico y tratamiento de los neoplasmas y afecciones orgánicas gastro-intestinales donde la radiología



Fig. No. 10.—Neoplasma obstructivo del colon izquierdo. Radiografía simple.
Imagen de niveles y cámaras gaseosas.

ha demostrado ser la gran renovadora de la clínica, pues a base de palpación y de percusión, todo se vuelve fantasía. Ya desde la fundación del Servicio de Gastroenterología se notó lo imprescindible del Gabinete de Radiología que funciona anexo; pero este funcionamiento en donde el radiólogo es considerado como médico de laboratorio y no de consulta, no llena por completo el hueco que sólo se cubrirá cuando las investigaciones clínicas y radiológicas dejen de estar divorciadas y marchen por el mismo sendero. No

es necesario propiamente que estén pegados los servicios en cuanto se refiere al edificio, sino que los conocimientos de las dos especialidades fraternicen para cumplir la obligación que tenemos, gastroenterólogos y radiólogos, de hacer progresar nuestras respectivas especialidades. Mientras el radiólogo no sepa o no tenga profundos conocimientos de patología, técnica radiológica y fundamentos anatomopatológicos y clínicos, no dejará de ser el fiel y obediente servidor de distinguidos médicos y no su colaborador.



Fig. No. 11.—Imagen de falso tumor del descendente.
Se demostró su inconstancia

Es verdaderamente imposible, en la actualidad, separar en una forma cortante los capítulos importantísimos del diagnóstico clínico y radiológico; así, la significación de las palabras “punto de vista radiológico”, expresa, tan sólo, la mayor importancia que en este trabajo se le da al novísimo y no menos interesante método exploratorio inspirado en el gran descubrimiento del físico Roentgen, a propósito del diagnóstico del cáncer del intestino, una de las páginas más importantes de la patología digestiva; pero de las más desdichadas.

No voy a repetir lo que en forma detallada expresan los libros de patología a propósito de las distintas formas del cáncer intesti-

nal, en los que generalmente se describen las manifestaciones clásicas ya avanzadas de aspecto clínico; pero sí quiero hacer notar que la sintomatología clínica es al principio de los neoplasmas intestinales tan ambigua, como en el cáncer gástrico, y que el médico se encuentra imposibilitado para afirmar un diagnóstico precoz basado en las manifestaciones patológicas que observan del dominio de la clínica general, además de que el enfermo consulta a médicos no especializados en gastro-enterología, lo que complica más el problema, sobre todo si se trata de médicos foráneos, o de



Fig. No. 12.—Neoplasma de la sigmoide, infiltrativo, disminuyendo la luz del órgano.

provincia que limitan su exploración a un interrogatorio superficial, a palpar y a percudir; para ellos hay que esperar que exista el tumor palpable y aun los signos generales para hacer el diagnóstico. La medicina moderna, que se caracteriza por la utilización en forma ordenada de la clínica, la radiología, el laboratorio, las endoscopías, la anatomía patológica, etc., muy a pesar de sus peligros, que dependen de su abuso, es la única capacitada para dilucidar lo relativo al diagnóstico del cáncer intestinal y, en general, de los neoplasmas digestivos.

Debo afirmar, por otra parte, que el colon no es accesible como el estómago y el duodeno, a exploraciones demasiado precisas, fuera naturalmente de su segmento terminal, fácil de ver, donde la sintomatología de sus padecimientos es más clara, donde, por último, se puede practicar la biopsia; fuera de esta porción distal, la cosa se complica y la exploración se vuelve extraordinariamente difícil, sobre todo en patología de la fosa ilíaca derecha y del transverso.

La radiología, en estos casos, aprovechando los signos de orien-



Fig. No. 13.—Tumor extracólico (ovario derecho). El ciego aparece rechazado y deformado.

tación clínica, es el método más importante para controlar y aclarar el estado del colon, naturalmente si es hecha con entusiasta espíritu de estudio, sin prejuicio y siempre y cuando la técnica seguida al examinar sea impecable.

Debemos insistir por lo tanto, antes de entrar en materia radioclínica, en establecer las reglas precisas que se deben cumplir al examinar un enfermo de colon, donde es posible el diagnóstico de neoplasma, y que se deben al inmortal Haenich.

En primer lugar es necesario hacer notar que las radiografías obtenidas deben ser claras, lo más perfectas posible, tomando

en consideración la potencia de nuestras instalaciones. En general aun aquellas de nuestros consultorios bien usadas son suficientes aun en individuos obesos, para obtener excelentes y demostrativas radiografías, en donde se encuentran unidos los factores más importantes para una buena interpretación: el detalle y el contraste.

Es muy interesante insistir en la utilidad de hacer tomar varias radiografías en la misma sesión o con días de intervalo, para determinar las variaciones morfológicas o la constancia de los sig-



Fig. No. 14.—Lesiones inflamatorias segmentarias en recto (estenosis), descendente y ciego

nos, y sea bajo la influencia del tratamiento, bien sea que las modificaciones sean espontáneas o producidas por drogas que se usen exprefeso, para modificar estados cólicos funcionales.

Es preciso recordar también la importancia que tiene en la exploración cólica el estudio de las alteraciones de la mucosa, sobre las que se ha enfocado en tiempos modernos la atención de clínicos y radiólogos. La exploración en capa delgada, aunque muy difícil técnicamente y siendo los resultados de interpretación compleja, es útil para aclarar la existencia de lesiones pequeñas de la

mucosa, obteniendo un dibujo más o menos completo de ésta, sorprendiendo las anormalidades de los pliegues, y también combinándola con la insuflación para determinar el actual estado del colon en su elasticidad; sin embargo esta exploración de mucosa sólo será complementaria del método de repleción usando la vía oral y principalmente el enema. Son en mi concepto estos métodos unidos, de acuerdo con la observación clínica y la evolución del caso, los únicos que permitirán sorprender lo más pronto posible, las deformaciones que producen los neoplasmas.

El enema, según el método de Haenich, deberá ser administrado bajo el control radioscópico, con el fin de demostrar y observar todos los detalles de repleción cólica; esto es capital para un buen diagnóstico; un detalle que con frecuencia se olvida, es el de que además deberá variarse durante el enema la posición del paciente, con el fin de ver el colon y sus ángulos a distintas incidencias, con lo que no escaparán a la investigación, tumoraciones de cara (sobre todo en sigmoideas); los signos se confirmarán con la toma de varias radiografías. Debe explorarse con sumo cuidado la sensibilidad cólica, y la movilidad del órgano.

Entre nosotros, generalmente obtenemos de tres a cinco radiografías por enema, con el colon lleno, procurando forzar la válvula cecal, con el colon después de la evacuación del líquido de enema, otras por insuflación. Aparte una o dos por el método oral, método que tiene tan sólo la desventaja de que no llena al colon en su totalidad, no permitiendo un estudio preciso del contorno, y en cambio nos ilustra profundamente sobre el estado del tránsito y topografía. En ocasiones será útil hacer una radiografía de pie o en Trendelenburg, según los signos observados por el radiólogo, recordando que cada enfermo requiere una técnica distinta, según las circunstancias, la gravedad y la evolución del padecimiento, representando un problema clínico-radiológico. Cuando el radiólogo sospecha un estado espástico deberá esperar o comprobarlo por métodos especiales, aun repitiendo la exploración, con el fin de no confundirlo, lo que ha acontecido con una lesión orgánica.

La limpieza del colon para la práctica del enema es indispensable como detalle preliminar, para obtener imágenes que no se presten a interpretaciones confusas, pues la presencia de excremen-

to podría dar lugar a sombras semejantes a las que dan los neoplasmas. Uno o dos enemas evacuantes bastan en lo general para tal objeto; a veces será necesario emplear el aceite de ricino para obtener mejores resultados. Hay que recordar también que las exploraciones en ayunas son las mejores. Se practicará el enema, colocando a nuestro enfermo en decúbito lateral derecho e inyectando en forma suave y continua, controlando las imágenes fluoroscópicas importantes.

La exploración de la mucosa en ciertos casos, adquiere capital importancia; la penetración lenta del bario o del torio permite un



Fig. No. 15.—Imagen normal del colon, por el método de Fischer.

estudio radioscópio minucioso, ayudándonos a observar, si usamos el antidifusor, detalles mínimos útiles al diagnóstico, pudiendo usar las incidencias que sean mejores; estas reglas son útiles principalmente para la sigmoides; la palpación combinada a la radioscopia permite darse cuenta de la elasticidad cólica, movilidad, etc. Con qué frecuencia se omiten estos detalles y dan lugar a errores. Basta recordar que como la radiología es considerada con frecuencia como método de laboratorio y controlada por especialistas en gastroenterología, los detalles de método exploratorio pasan como poco

importantes y es una enfermera la que en forma poco inteligente pone el enema como una simple lavativa, error de exploración fatal muchas veces para el paciente, esto lo he visto en clínicas particulares y en orgullosos hospitales de nuestro medio. Qué diferencia tan grande entre un enema de base científica con objeto radioclínico hecho por el médico radiólogo o bajo su dirección, de aquel que se hace de prisa y sin "pensar". En radiología como en clínica general, los errores de exploración van a producir errores de diagnóstico.



Fig. No. 16.—Lesión inflamatoria crónica de la región sigmoidea, clínicamente de origen lúetico.

El tiempo que debe transcurrir entre la evacuación del líquido de enema y la toma de la radiografía de mucosa deberá ser de 15 a 20 minutos cuando más, porque la floculación de la substancia opaca puede producir imágenes deformadas de difícil interpretación. Se puede en seguida tomar el número de radiografías que se crea necesario para la interpretación.

Respecto a la substancia opaca se puede emplear el bario o el torio. Nosotros usamos la primera por más barata y de más fácil manejo; la fórmula contiene sulfato de bario, goma de traga-

canto y agua, además de acetato de amilo que le da una consistencia especial a la suspensión que queda flúida y adherente a las paredes intestinales. Hemos empleado por excepción el producto llamado tordiol, que nos ha suministrado la casa de Siemens. Este tiene la ventaja de que su repartición es más uniforme, siendo mayor su poder de adhesión. La falta de poder adhesivo se debe a la presencia del moco.

En general, las sustancias deben tener las siguientes cualidades: I.—Dar una opacidad suficiente en capa muy delgada. II.—



Fig. No. 17.—Imagen de lesión colítica del transverso, muy extensa. Enema.

Una repartición uniforme en superficie. III.—Un gran poder adhesivo.

La mayor opacidad de las sales de torio se debe al mayor peso atómico de este cuerpo.

La radiografía de mucosa reproduce la imagen de ésta tomando en cuenta su estado físico-químico, teniendo en consideración la floculación del torio, que es la substancia de mayor poder adhesivo. Cualquiera alteración en la secreción del moco produce modificaciones en la distribución del torio o del bario.

El método de Fischer, introducido hace muchos años en Mé-

xico, método de doble contraste, utiliza la insuflación para desplegar la mucosa, obteniendo bellas imágenes con ricos contrastes, muy útiles para comprobar y ver sombras de lesiones orgánicas principalmente neoplasmas. Siguiendo este método se puede explorar también la elasticidad cólica.

Procediendo con regla, examinando con paciencia y cuidado, estamos en las mejores condiciones de hacer una correcta semiología radiológica, que de acuerdo con la historia clínica conducirá a un diagnóstico oportuno en muchos casos, pues en otros, el periodo de latencia clínica del neoplasma, los exámenes clínicos defectuosos, la negligencia del paciente, producirán la catástrofe tan a menudo observada: el diagnóstico del cáncer inoperable. En el colon como en el estómago, debemos dar importancia a los signos sospechosos, más difíciles de valorar en el colon, cuya fisiología, anatomía, etc., son más complicadas, donde por otra parte no contamos con el auxilio poderoso de otros métodos exploratorios que sí existen para el estómago y el duodeno. Los conocimientos de anatomía radiológica y fisiología de la mucosa cólica, serán muy útiles en las interpretaciones radiológicas.

Debo hacer notar que en muchos casos es necesario el examen total del tubo digestivo, con el fin de establecer la verdad sobre la topografía de las lesiones y tomando en cuenta la engañosa sintomatología del cáncer cólico. Este examen total ha corregido muchos diagnósticos clínicos erróneos.

Signos radiológicos. Cáncer al principio.

Generalmente los cánceres cólicos al principio producen la desaparición de los pliegues mucosos en el lugar donde evolucionan, lo que se traduce por cierta rigidez, que principalmente puede evidenciarse por el método de Fischer; la falta de elasticidad contrasta con la blandura de las partes vecinas. Los pliegues se deforman, son los cánceres infiltrativos. Cuando se trata de un cáncer vegetante se produce un signo radiológico característico, la laguna, la negativa del neoplasma, una mancha clara en forma constante, los pliegues mucosos se interrumpen, pueden aparecer irre-

gularidades marginales; en esos momentos el enema de repleción puede ya demostrar la laguna aunque pequeña.

En las formas ulcerosas se ven las sombras que éstas producen de aspecto crateiforme característico, limitadas por un borde claro. No siempre aparecen típicas. Un signo tiene gran importancia, la persistencia de la lesión, aun después de un tratamiento y del reposo; esta constancia es característica de la iniciación de lesiones orgánicas graves.

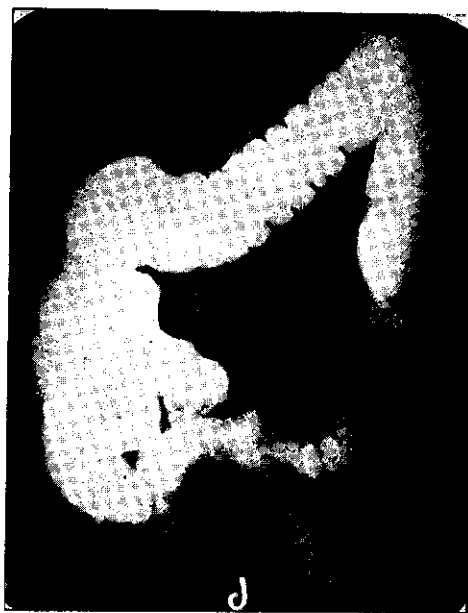


Fig. No. 18.—Lesión orgánica del colon izquierdo, inflamatoria (granulomatosa) muy extensa, abarcando sigmoide y recto.

Ahora bien, ¿es posible sorprender en muchos casos estos signos radiológicos? En mi concepto, no. Para poderlos observar es necesario que el paciente se presente con oportunidad para ser examinado, lo que es bastante raro, además de que es visto como antes hemos dicho por médicos generales, o por el dueño de un aparato radiológico que lo ve por radioscopia superficialmente y le indica que todo “es fácil de curar”; no se practican radiografías, ni

ningún otro examen, resultando que el neoplasma avanza y después es diagnosticado en su período inoperable. Hay que recordar lo dicho por Guttman, de que la multiplicación de aparatos radiológicos en manos de médicos no acostumbrados a las dificultades del examen de rayos X ha hecho retroceder, en vez de progresar, el radiodiagnóstico, especialmente el de los neoplasmas, produciéndose enorme número de errores de diagnóstico por la mala radiología, más aún que errores quirúrgicos.



Fig. No. 19.—Poliposis cólica generalizada y dolico colon. Enema.

Si el enfermo ocurriera al médico cuando comienza su dispepsia, cuando se inicia la irritación cólica, cuando se empeora un estreñimiento, cuando aparece un estado diarreico un tanto prolongado, entonces la cosa sería distinta y el diagnóstico precoz por medio de la radiología sería un hecho brillante; pero ello no es así y se observan en la práctica enfermos ya avanzados, con mal estado general, hemorragias, síntomas de oclusión crónica o aguda, donde el diagnóstico es tardío; pero a pesar de ello, debe hacerse lo más posible por los desdichados enfermos, tomando en cuenta que algunos neoplasmas cólicos permanecen por algún tiempo sin producir metástasis o sin extenderse al peritoneo u órganos vecinos

y que aún, aunque no siempre, se podrían practicar amplias intervenciones. Es entonces cuando aparecen los signos neoplásicos del período de desarrollo completo, principalmente las estenosis más o menos amplias, casi siempre circunscritas, y las grandes imágenes lagunares verdaderamente características.

En estos momentos, tanto el método oral como el enema demuestran signos típicos pero distintos según la localización del neoplasma, es decir, según se trate del colon proximal o del distal.



Fig. No. 20.—Carcinoma muy extenso del colon transversal. Enema.

Neoplasmas del colon proximal.

Se traducen por defectos de repleción del ciego ascendente, apareciendo el signo de Stierlin: "Siempre que un carcinoma ha invadido o endurecido cierta extensión de la pared intestinal, provocando su rigidez, produce un defecto de sombra en la roentgenografía, porque tanto si el segmento invadido está muy estrechado, como si no, en ningún momento de la exploración contiene suficiente cantidad de substancia opaca para dar una sombra completa". Generalmente no hay estenosis, pero se ven casos en que ésta existe; cuando no la hay se observa el defecto de repleción más o menos grande y con frecuencia retracción del ciego, insufi-

ciencia de la válvula cecal, el apéndice puede ser visible y amplio. El signo de Stierlin, común a las tuberculosis de la región, se prueba por el método oral y más rara vez por el enema.

Cuando hay manifestaciones de estenosis, puede verse acumulación de gases por arriba de ella; obsérvase ésta en forma directa, de amplitud más o menos grande, de calibre variable, y el síndrome de estenosis del delgado, con retardo del tránsito en el íleon. Puede observarse insuficiencia de la válvula cecal, peristaltismo de lucha y manifestaciones dolorosas localizadas en el sitio del tumor. Cuando el cáncer es del transversal, se demuestran los mismos signos con topografías distintas, observándose con frecuencia manifestaciones de estenosis. La tumoración puede tocarse bajo el control radioscópico en personas delgadas.

En los neoplasmas de la porción distal del colon, el diagnóstico radiológico es también importante, hecha excepción de los rectales, pues éstos son accesibles a la endoscopia y a la exploración por el tacto rectal y sus signos clínicos más precisos, como el tenesmo y hemorragia; pero cuando se trata de tumoraciones de la sigmoideas o un poco más altas, la endoscopia es frecuentemente imposible y entonces la radiografía presta grandes servicios al diagnóstico, demostrando los mismos signos que en los cánceres proximales, con distinta topografía; a veces los tumores altos del recto no es posible tampoco verlos por endoscopia; el método oral y el enema combinados, nos indicarán en forma exacta el tamaño y forma del tumor, preferentemente el enema, sobre todo cuando hay signos oclusivos, lo que es frecuente en esta localización. Al practicar el enema, el líquido inyectado puede detenerse en grado variable en el sitio de la estenosis, cuya morfología nos la indica con exactitud la radiografía, por arriba de la estenosis puede existir acúmulo anormal de gases, presencia de niveles líquidos, sobre todo al practicar la radioscopia de pie. En el momento de practicar el enema se producen con frecuencia cólicos. Los tumores de la S ílica son a veces más claros empleando posiciones oblicuas, dada la dirección del segmento intestinal. Al principio las rigideces pequeñas, las lagunas mínimas son de difícil interpretación y es necesario para darles valor absoluto tener en cuenta la sintomatología clínica, su persistencia, y comprobarlas como acostumbramos

por la radiografía de mucosa y la insuflación por el Método de Fischer.

Ciertos tumores rectales pueden pasar inadvertidos al principio por esconderse en la sombra de la ampolla rectal; aquí la radiografía de mucosa puede ser de cierta utilidad; afortunadamente la endoscopia substituye ventajosamente en muchos casos al método radiológico, que sólo tiene interés secundario.

No siempre las exploraciones especializadas demuestran neoplasma en su período de principio y con frecuencia se encuentran los períodos de latencia, que hacen fracasar nuestros buenos deseos



Fig. No. 21.—Deformación tuberculosa del ciego (diagnóstico diferencial). Ver el texto.

de hacer el diagnóstico de estos neoplasmas, por desgracia un tanto frecuentes. El examen radiológico de colon puede demostrar un estado de poliposis que con frecuencia degenera en neoplasma, por lo menos hay que temer esta transformación

Después de haber demostrado las “fallas” que aparecen en la imagen radiológica y en las radiografías en serie, queda un gran problema por resolver y es el del diagnóstico diferencial con otras lesiones orgánicas no cancerosas, que pueden dar imágenes semejantes a los neoplasmas. El radiólogo trabajando en su gabinete

en forma aislada y silenciosa, con frecuencia confundirá lesiones orgánicas de distinta etiología, si no se pone de acuerdo con el clínico, con el objeto de confrontar y analizar los signos observados. Sólo la colaboración radioclínica será la única que pueda resolver los intrincados problemas de diagnóstico que a diario se plantean en gastro-enterología. Baste tener presente que radiológicamente muchas tumeraciones inflamatorias benignas podrán dar signos radiológicos muy semejantes al del impreciso cáncer. El radiólogo observador deberá ser sumamente precavido antes de firmar su in-



Fig. No. 22.—Cáncer del ciego, tipo vegetante. Confirmación operatoria.

forme, con el objeto de no cometer un error que puede ser funesto para el paciente.

Desde este punto de vista hay que diferenciar los casos que son vistos por gastro-enterólogos o por médicos generales; aquéllos porque saben demasiada radiología y éstos porque parecen ignorarla. Para unos, el radiólogo es un técnico de vulgaridad comprobada, para los otros un sabio consejero; éstos son dos errores que hay que evitar; el radiólogo verdadero debe tener dos vertientes desde las cuales debe observar dos campos de acción sumamente importantes: la de técnico en el manejo de un procedimiento exploratorio especializado, y la de médico interpretador de las imá-

genes que comprueba con su rigurosa técnica, que no son otra cosa que síntomas clínicos obtenidos por una forma de examen que se ha convertido en especialidad por su propia extensión y por su complejidad, y así debe ser considerado.

El radiólogo aparece en la práctica como un especialista intermediario, que sólo tiene contacto efímero con el dolor de su enfermo, quien a veces en forma desorientada pide a viva voz lo transparenten, le tomen su "fotografía" para aclarar las causas de su desdicha. El verdadero radiólogo es aquel que cumpliendo



Fig. No. 23.—Tumoración abdominal extracólica (diagnóstico diferencial).
Radiografía por enema.

con sus deberes de técnico, cumple también con las obligaciones que le impone la clínica y si por sus ocupaciones numerosas no es posible que interroge, que palpe o percute, sí por lo menos debe conseguir de sus médicos que en él han depositado su confianza, los necesarios informes respecto a los antecedentes, única forma en que podrá hacer valer su interpretación. Recordad lo que dice Guttman: "nada de radiología sin clínica, nada de clínica sin radiología"; este aforismo es el resumen del pensamiento que desde hace muchos años tenemos nosotros, pues en 1935 cuando se

fundó la Sociedad de Gastro-enterología, en mi trabajo inicial sobre radiología del apéndice sostenía la importancia de esta colaboración; mi pensamiento no lo traduje en un aforismo, ni fué impreso en fino y costoso libro, pero por ser nacional fué olvidado. Esta colaboración radioclínica es la que ha dado nacimiento al **radiodiagnóstico moderno**, tal como es concebido en estos tiempos. El diagnóstico radiológico, si no fuera por su base técnica tan compleja, no debería ser considerado como una especialidad, sino como una forma de examen, que si en algo sobresale de las demás por su importancia, debe ser utilizado con los métodos clínicos para resolver los problemas intrincados de clínica.

Es muy curioso que en nuestro medio, los clínicos, radiólogos y anatomopatológicos no nos unamos para hacer útiles nuestros conocimientos en favor de los enfermos; con alguna frecuencia el informe radiológico es tomado en cuenta con escepticismo u olvidado en el cesto del escritorio, sin que tenga la oportunidad de ser confrontado con el estudio clínico y con el examen anatomopatológico. Para el adelanto o progreso en el radio-diagnóstico de los neoplasmas es necesario hacer algo más que fichas operatorias, informes radiológicos insípidos o de autopsia; es indispensable un estudio coordinado, anatómico, clínico y de rayos X, un intercambio entre estos especialistas que asegure y haga más profundos nuestros conocimientos. La clínica actual no es más que una amalgama de especialidades.

Casi puedo asegurar que son pocos los radiólogos que conocen el estado anatómico de los órganos, las piezas postoperatorias reseca-
das; los que se preocupan por modificar sus criterios diagnósticos por la observación de órganos enfermos durante la operación o en la autopsia; los que siquiera por teléfono o en otra forma interrogan a sus clínicos sobre lo más o menos atinado de sus diagnósticos. Nuestra radiología tiene bases poco sólidas desde este punto de vista y su aprendizaje se basa, más que en una experiencia dilatada y en observaciones minuciosas, en la copia de radiografías de autores extranjeros y de las láminas de los libros, lo que en gran parte se debe a la falta casi absoluta de departamentos de investigación radiológica científica.

El que conoce un neoplasma cólico durante una intervención, el que ve una vesícula calculosa durante una operación, el que obser-

va una úlcera callosa, el que ha visto o conoce los antecedentes del enfermo, está en magníficas condiciones de rendir un informe clínico radiológico y no una descripción de un negativo, cosa con la que tenemos que contentarnos en nuestro medio en muchos casos, por un motivo: la desorganización de esta clase de estudios. Hechas estas consideraciones prosigamos. El diagnóstico diferencial deberá hacerse con malformaciones del colon producidas por cau-

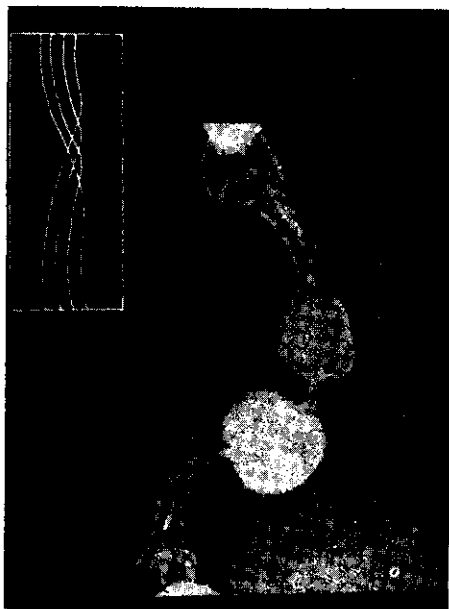


Fig. No. 24.—Pliegues normales del colon descendente.

sas variables, con espasmos más o menos extensos, con compresiones del colon por órganos vecinos o por la columna vertebral con pseudo-lagunas debidas a defectos o cuestiones de técnica. El diagnóstico diferencial tan importante como el positivo, es extraordinariamente difícil y requiere por parte del radiólogo, profundos conocimientos de patología del tubo digestivo, pues es necesario que éste tenga presente las enfermedades o afecciones, que en un momento dado pueden producir imágenes semejantes a las del cáncer.

Es difícil ser metódico en lo relativo al diagnóstico diferencial.

Además, el asunto es extenso, por lo que procuraré expresar tan sólo lo más importante.

Espasmos.—El espasmo puede producir imágenes iguales a las de ciertos neoplasmas, pero no son constantes; así, la repetición del examen elimina este diagnóstico defectuoso; además, se le ve ceder con frecuencia a la acción de ciertos antiespasmódicos (anti-espasmina, papaverina, benzedrina). El espasmo es pues una imagen fugaz, pero a veces es muy difícil de diferenciar y con frecuencia acompaña a una lesión orgánica, aun de naturaleza neoplásica. Así la conducta del radiólogo deberá ser muy prudente para evitar un error, tomando en cuenta también su forma, en general “de contornos más suaves”, y su topografía, pues se localizan principalmente en ciertas zonas donde se han descrito los esfínteres o cólicos. No se afirmará el diagnóstico de lesión orgánica o de espasmo sino después de un pleno convencimiento, recordando una vez más que es la constancia de un signo lo que tiene un gran valor en la radiología del tubo digestivo.

En la actualidad se plantea el diagnóstico diferencial con las **tumoraciones inflamatorias** de evolución distinta, pero que pueden fácilmente ser confundidas clínica y radiológicamente con un neoplasma. El problema es bastante serio y en ciertos casos no podrá ser resuelto, imponiéndose el error de diagnóstico, pues no siempre se presentan éstos con los caracteres clásicos desde el punto de vista radiológico y clínico; generalmente son procesos menos localizados, existe cierto aspecto de cuerda en el intestino que aparece estenosado y a veces sus localizaciones son múltiples; la clínica, la radiología y el laboratorio, demostrando las localizaciones de estos procesos, el ataque frecuente del delgado y sobre todo la evolución, aunque no siempre típica, podrán contribuir a aclarar problema tan escabroso. En muchos enfermos, sentenciados por el clínico o radiólogo, se verá que la intervención quirúrgica los salva en forma pronta y eficaz de la aparente malignidad macroscópica de su tumoración, la evolución clínica produciéndose con benignidad insólita. Un cirujano a la simple vista no podría distinguir la lesión de un neoplasma. El problema de las enteritis regionales y del granuloma específico son, pues, muy difíciles de resolver cuando el caso es poco claro; la radiografía como método exclusivo no podrá establecer un seguro diagnóstico.

La tuberculosis de la región ileocecal es otro de los escollos en el diagnóstico diferencial de los neoplasmas. El signo de Stierlin es más frecuente en ésta, pero puede existir en el neoplasma y ya Stierlin lo describió primitivamente en esta última afección; la extensión de las lesiones es más amplia en los procesos tuberculosos, que también con más frecuencia tocan el íleon; la tumoración puede existir en ambos casos. La evolución clínica, la existencia



Fig. No. 25.—Tuberculosis del ciego.

de otras localizaciones colaborarán en la práctica del diagnóstico diferencial, no exclusivo del examen radiológico.

Los **abscesos apendiculares y cecales** pueden dar sombras semejantes a las de los neoplasmas. Prácticamente, como ya lo señalé en el curso de este trabajo, el radiólogo como el gastroenterólogo deberá tener presente “prácticamente toda la patología abdominal”, para la correcta interpretación en donde existe una imagen que puede ser de neoplasma, pues desde las imágenes de simples adherencias, de colitis amibianas, o de disentería, actino-

micosis, tumores que comprimen al colon de distintos órganos, recordando los renales, los del estómago y del páncreas, los del ovario, los abscesos peritoneales, hasta la simple apendicitis crónica, pueden confundirse con el neoplasma. El diagnóstico diferencial deberá basarse en los signos clínicos y de radiología de tan distintas enfermedades y lesiones.

En la práctica se plantea también el problema de los **tumores benignos** y el de los **sarcomas del colon**. Radiológicamente y aun tomando en consideración los antecedentes de clínica, es



Fig. No. 26.—Plegues en arborescencia del transverso.

muy difícil el diagnóstico diferencial del cáncer cólico y de los **sarcomas**, que por otra parte son muy raros, habiendo sido diferenciados del carcinoma por Rokitsansky en 1855. Los más frecuentes se ven en las regiones íleo-cecal y recto; el diagnóstico de estos últimos siendo más fácil por sus caracteres endoscópicos y por el tacto y la biopsia que facilita el diagnóstico. Generalmente desde el punto de vista radiológico el sarcoma es interpretado como un cáncer; el linfosarcoma se distinguiría por un enorme tamaño; además se describe como signo de diagnóstico el hecho de que no produce obstrucción fuera del de localización rectal. Puede ulcerarse y entonces da una imagen irregular. Ninguno

de estos signos es característico. Puede complicarse, como el carcinoma, de estados de invaginación intestinal.

Respecto a los **tumores benignos, mioma y fibromas**, el diagnóstico no se puede basar exclusivamente en el examen radiológico; son tumores intracavitarios en general, parecidos a aquellos que se desarrollan en el útero y que tienen gran semejanza morfológica con el pólipo. El diagnóstico positivo y diferencial no es posible por rayos X; algunos podrán ser tomados por el



Fig. No. 27.—Imagen poliposa del colon.

radiólogo por otra clase de neoplasmas; es muy interesante consultar los antecedentes y aún así, cuando no son accesibles al método endoscópico, el diagnóstico se vuelve un problema; sin embargo, la radiología colabora en la localización del tumor, lo que tiene ya gran interés. Estos tumores son por otra parte bastante raros, con más frecuencia se les ven en recto y sigmoide.

El **angioma** es aún más raro; se le encuentra en el recto y entonces su diagnóstico es facilitado por la endoscopía y el antecedente hemorragia; pero cuando tiene otra localización la iden-

tificación es muy difícil y la radiología sólo colabora permitiendo localizar la tumoración que puede situarse, por ejemplo, en el ciego, y precisa averiguar la extensión, lo que es muy importante; en la región donde existe el angioma se ve una laguna, en otros casos es posible observar salientes y depresiones de la imagen radiológica. La evolución, los síntomas clínicos, la endoscopia cuando es posible, completan el diagnóstico de esta rara tumoración.

La radiología y los estados precancerosos del colon.

En la actualidad es difícil establecer la connotación del estado llamado pre-cáncer; si los estados cancerosos no están perfectamente ordenados, clasificados, estudiados anatómicamente, desde el punto de vista radiológico, clínico, operatorio, etc.; si todo es maraña, confusión, enredo, cuando se trata de cáncer, ¿qué resultará cuando tratemos de definir y limitar la extensión y significado del estado precanceroso? El estado precanceroso está en la actualidad incompleto, formado por hechos aislados, sin liga, sin leyes que permitan comprenderlo más fácilmente, y cada autor lo interpreta de acuerdo con su criterio y hasta con sus intereses. Pero no es este el lugar de discutirlo, ya que se relaciona no sólo con el cáncer cólico cuyo estudio radiológico es objeto de este trabajo; pero sí por lo menos hay que fijar su amplitud a propósito de esta tan extendida dolencia.

En la actualidad se consideran manifestaciones precancerosas principalmente el estado poliposo del colon, ya se trate de una poliposis generalizada o bien de pólipos aislados, la diverticulosis y la diverticulitis y algunas tumoraciones benignas como las vellosas que, como la observación ha demostrado, pueden sufrir la transformación maligna. Respecto a las relaciones entre estos estados y el cáncer, en nuestro medio no han sido estudiadas en forma sistemática; contamos con la observación de algunos casos aislados de diverticulosis y diverticulitis, así como de poliposis, sin que en ellos hayamos sorprendido la transformación maligna probada por la clínica y la radiología. (Debo aclarar que no conozco los trabajos de proctólogos). Es necesario hacer hincapié que es hasta estos últimos años cuando se comienza a hacer la-

bor de estadística y de observaciones paralelas entre hechos tan importantes como los clínicos, radiológicos y anatómo-patológicos. Así, a pesar de la luz que han hecho los rayos X, espléndida y vigorosa manifestación de la energía eléctrica en aclarar el caos, el capítulo del precáncer cólico es transitorio, ambiguo y puede tener la extensión que quieran los mismos que hayan inventado



Fig. No. 28.—Tumor extracólico. Radiografía lateral.

e imaginado la palabra y el concepto precáncer, que sin embargo admitimos como hecho transitorio.

La demostración radiológica de la poliposis es muy importante, si se toma en cuenta su probable transformación maligna. Schmieden opina que tiene un primordial papel como lesión precancerosa. Según este autor, más de la mitad de los cánceres del colon se producirían en estados poliposos; así es muy necesario conocer clínica y radiológicamente esta afección.

A los rayos X la mucosa aparece granujienta, de aspecto muy particular las lesiones, siendo localizadas a un segmento o gene-

ralizadas, lo que plantea el problema de tratamiento quirúrgico. Son más frecuentes los pólipos en el recto y porción inferior de la S ílaca, donde son visibles por endoscopia; su tamaño es en general pequeño y su demostración es difícil, tanto más que en nuestro medio no se hacen con frecuencia las minuciosas exploraciones cólicas, cuya técnica hemos descrito. Cuando se trata de una poliposis generalizada, los signos clínicos son más claros y la radiografía de más fácil interpretación, la mucosa tiene



Fig. No. 29.—Cáncer del colon (tomada de un autor francés).

aspecto de césped compacto con contornos marginales festoneados. Como digo, yo la he visto rara vez, pero ello depende de que no nos fijamos en tan importante padecimiento. Los pólipos rectales son fácilmente accesibles a la endoscopia.

Aparte de la poliposis adenomatosa, otras lesiones como la diverticulitis, ulceraciones tuberculosas, sifilíticas, traumáticas, prolapso ulcerado, irritaciones tóxicas, desempeñarían algún pa-

pel importante como precediendo al estado neoplásico. El asunto se presta a discusiones, no es aún claro y aunque algunas veces se ve desarrollar un cáncer en los casos mencionados, ello no demuestra que haya relaciones causales, precisas. Es claro que es creíble que sean las regiones irritadas por un proceso inflamatorio, traumático o por la estasis cólica, aquellas en las que



Fig. No. 30.—Cáncer del colon. Según un anatómo-patólogo francés.

se desarrolla ese estado especial de la mucosa, que durante algún tiempo precede a la iniciación del neoplasma, en que las modificaciones de la mucosa no permiten aún hablar de verdadero cáncer, en que anatómicamente se encuentra íntegra la membrana basal, sin que ninguna célula epitelial pase del corion. Es necesario hacer notar que con frecuencia se les llama pólipos a las hiperplasias de la mucosa, como a estados adenomatosos claros, pediculares, sésiles, nodulares o difusos. Aquí como para el estómago el concepto de pólipos es complejo, desde el punto de vista clí-

nico; pero siempre debe tenersele por sospechoso de transformación maligna. Hay que insistir en la importancia que tiene el demostrar la existencia de pólipos solitarios que, quizá más que la poliposis, sufren la transformación maligna.

En recto hay que tener presentes los tumores vellosos que suelen, de la misma manera que los pólipos, sufrir la transformación maligna; la endoscopia, otros procedimientos clínicos, el examen radiológico y aun la biopsia de ser posible aclaran el problema a veces particularmente escabroso.

Debemos mencionar a propósito de los estados precancerosos, los tumores vellosos del recto y región sigmoidea, en cuyo diagnóstico la radiología sólo en forma accidental puede prestar servicios, ya que principalmente se identifican por endoscopia; cuando se sitúan más altos y aun en la región del recto, pueden confundirse con estados poliposos o con un neoplasma. A menudo pueden cancerizarse, de lo que naturalmente depende su pronóstico.

Respecto a las relaciones de las colitis con los neoplasmas son semejantes a los estados de gastritis crónica y el cáncer gástrico. El estado colítico, la estasis y la iniciación de un estado adenomatoso, de una hipertrofia de la mucosa, son hechos con frecuencia observados. Generalmente son lesiones complejas las que se ven y que en parte pueden ser demostradas por un cuidadoso examen radiológico. Se plantea entonces un problema de profilaxis hasta cierto punto: el valor de la radiología en el diagnóstico de estos estados que en forma solapada preceden al neoplasma. Indudablemente que el examen total del tubo digestivo se impone y con detalle, pues como no existen signos de localización, sino que se trata de dis péptico con vaga sintomatología, es necesario, péseles a los partidarios del diagnóstico orientado, hacer un examen total, con lo que menos difícilmente se dará con el lugar donde se inicia el mal, que a veces está muy distante de aquel que previamente habíamos pensado; así lo que temíamos fuera gástrico es cólico y lo cólico resulta gástrico o vesicular; lo vesicular, apendicular y todo se vuelve al revés de lo que el sentido clínico, el golpe de vista nos había hecho sospechar. Muchos médicos, en la actualidad, ya comprenden que el examen radiológico como el clínico del tubo digestivo debe ser total, pues el parcial es fiel amigo del error; es más, este examen debe ser

radiográfico y no sólo radioscópio, pues la mejor retina se equivoca con frecuencia cuando se trata de lesiones pequeñas y es precisamente en estos dispépticos incipientes, calificados de poco importantes, donde con frecuencia se nos recomienda a los radiólogos “únicamente quiero radioscopia, pues la placa es inútil; es más, yo ya tengo comprobado mi diagnóstico; pero a mi enfermo se le ha metido en la cabeza hacerse la radiografía y yo no le quiero contradecir”; es en casos como estos en los que con frecuencia la radiología pronuncia la temida palabra “cáncer”.



Fig. No. 31.—Carcinoma del colon (tomada de un autor americano).

En más raras ocasiones puede plantearse el problema de diagnóstico de tumoraciones más raras, como el tumor dermoide del colon, el colesteatoma, el endotelioma que por su rareza tiene poquísimo interés en clínica.

La actinomicosis cólica es un padecimiento tan raro que casi no es necesario mencionarlo; muy pocos casos han sido descritos y su diagnóstico es casual, es un proceso que infiltra el colon y que puede adquirir el aspecto tumoral; son los antecedentes, el laboratorio y el examen radiológico, los métodos que pueden contribuir a aclarar los casos que se presenten. El examen radiológico más bien determina el tamaño de la lesión, pero en sí nada puede indicar respecto a la rara etiología.

En el diagnóstico de las complicaciones del neoplasma cólico, la radiología tiene un papel importantísimo, ya demostrando o confirmando una invaginación, ya haciéndonos ver una fístula antes inaparente, ya fijando con claridad la evolución del proceso de estenosis, precisando la extensión de colitis concomitante o bien demostrando estados metastásicos; en fin, es un importante complemento del método clínico clásico en la determinación de las



Fig. No. 32.—Tumor comprimiendo el colon, radio en lateral.

complicaciones mecánicas, sépticas y neoplásicas del cáncer cólico. Además, la radiología es el procedimiento de elección que permite seguir en forma detallada y exacta, la evolución del tumor, ya sea espontánea o bien bajo la influencia del tratamiento radioterápico o quirúrgico, siempre que se hayan hecho ambos.

Las complicaciones hepáticas no son claramente demostradas por los rayos X; sin embargo, el método de Radt o hepatografía con torotrast, podría demostrar tumoraciones secundarias a un

proceso cólico; en la práctica se prescinde de él por los peligros que puede acarrear.

El diagnóstico de las formas anatómicas del neoplasma cólico es siempre una probabilidad, debiéndose recordar 4 tipos principales de cáncer cólico.

El tipo medular o adeno-carcinoma, que es el que produce las más típicas imágenes de neoplasma, siendo más frecuentes en el colon derecho, a nivel del ciego, no obstructivo generalmente y ulcerándose con cierta rapidez, respeta la válvula íleocecal a menudo, situándose frente a ella y es el más común de los neoplasmas del colon.

El fibrocarcinoma o escirro generalmente representa una lesión localizada, con frecuencia produce estenosis, es común en el colon distal y se ulcera rara vez, es menos frecuente que el anterior y puede acompañarse de retracción.

La linitis plástica es un tipo de carcinoma escirroso que acartonada e infiltra las paredes del colon, extendiéndose más o menos; representa un tipo de neoplasma más raro que los anteriores.

El tipo coloide o gelatinoso, con frecuencia obstructivo, produce tumorações grandes y palpables, roentgenológicamente da grandes faltas de sombra de aspecto filiforme.

Por último, el tipo poliposo de difícil diagnóstico, pedunculado, no produce estenosis.

Está muy lejos nuestra radiología de relacionar los tipos radiológicos con los anatómicos, pues para ello se necesita como dije anteriormente, educación mixta en las dos ramas importantes de la medicina; y en nuestro medio ni el anatomo-patólogo sabe radiología ni este último conoce nada de anatomía patológica, lo que es debido, como ya lo he dicho, a un proceso de desorganización y defecto de la colaboración.

En la linitis, cuyas lesiones anatómicas son amplias e infiltrativas y que se caracterizan por el acartonamiento de las paredes cólicas, que clínicamente están constituidas por localizaciones múltiples (gástrica, cólica, rectal, etc.), el diagnóstico roentgenológico es debido, como ya lo he dicho, a un proceso de desorganización y lesiones más o menos típicas, que transforman la región atacada en un tubo rígido. Las relaciones de la linitis con otras afecciones

no neoplásicas es muy discutida; pero sin duda, en muchos casos se ha demostrado su naturaleza cancerosa.

Este trabajo, que de sobra reconozco no es original, es útil de todas maneras en nuestro medio, en que se dista mucho de hacer la exploración sistemática del tubo digestivo, que siendo una unidad funcional cuyas relaciones entre sus órganos son perfectamente definidas y muchas de ellas conocidas minuciosamente, requiere ser explorado en forma muy completa por el método Roentgeniano, el menos malo en la actualidad, para sorprender deformaciones y modificaciones del funcionamiento; los escollos de la técnica son hasta cierto punto más fáciles de resolver, aunque no en todos los casos; los de interpretación aún no todos son conocidos y a veces representan un verdadero problema insoluble. De todas maneras es preciso tener presentes los aforismos del apasionado Gutmann a propósito del diagnóstico del cáncer gástrico al principio; para sacar provecho de la radiología aplicada al diagnóstico del cáncer cólico, creo útil recordarlos:

I.—Nada de clínica sin radiología, nada de radiología sin clínica (aquí señala la colaboración clínico-radiológica).

II.—En el cáncer al principio, la pantalla es un medio de control, no un medio de diagnóstico.

III.—El diagnóstico es esencialmente radiográfico (en contra de muchos que creen que la radioscopía es suficiente para hacerlo).

IV.—No hacer radiografías imperfectas.

V.—No hacer una sola placa, ni un solo examen (el autor señala la utilidad del examen repetido y de la radiografía múltiple).

VI.—La multiplicación de aparatos radiológicos en manos de médicos no acostumbrados a las dificultades del examen radiológico no ha sido un progreso para el radiodiagnóstico en general y menos para el cáncer (gástrico) en particular. Esto se aplica al cólico.

VII.—En el cáncer gástrico al principio (esto se aplica al cólico) la laparotomía exploradora no está indicada.

VIII.—Todo trastorno gástrico reincidente o persistente debe ser considerado como una enfermedad grave hasta que haya prueba que demuestre lo contrario (creo que también se aplica al cólico).

IX.—(El primero de Gutmann). Contrariamente a la opinión habitual, el diagnóstico precoz del cáncer gástrico es posible en un gran número de casos (para el colon es menos cierta esta afirmación).

Estos bellos aforismos del clínico francés no expresan, sin embargo, la verdad completa desde un punto de vista práctico. En la actualidad, la combinación de la fuerzas teóricas y prácticas, a propósito de la evolución, diagnóstico y tratamiento de los neoplasmas del tubo digestivo, no expresa una resolución definitiva. Estamos aún muy lejos de pronunciar, después de las palabras medicina, cirugía y radiología, aquella que exprese el triunfo y que se sintetiza en los vocablos: "Non Plus Ultra".



Comentario al trabajo del Dr. Carlos Coqui

"Cáncer del Colon. Punto de vista radiológico" *

Por el Dr. MANUEL F. MADRAZO

Constituye una positiva satisfacción para mí, tener la suerte de comentar el trabajo de ingreso del Sr. Dr. Coqui, complaciéndome asimismo en darle la más cordial bienvenida como miembro de la sección de Radiología y Fisioterapia.

Al Dr. Coqui le conozco de años atrás: siempre estudioso, siempre modesto, prometedor desde sus tiempos de estudiante de los mejores éxitos en su carrera. Encaminó su especialidad hacia la radiología y fisioterapia, hacia aquélla principalmente, y ha llegado a ser uno de los exponentes más reales en esa importante rama del diagnóstico, siendo al mismo tiempo un brillante profesor de la materia en nuestra Facultad. El Dr. Coqui ha tenido la fortuna de encontrarse en un medio propicio para el estudio, como es el departamento que dirige en el Hospital General; pero ha trabajado allí no solamente para salir del paso, sino que ha tenido el mérito de saber aprovechar tanto el material de enfermos como los elementos de la institución para perfeccionar sus técnicas y emprender estudios de verdadera seriedad. El trabajo que el Dr. Co-

* Leído en la sesión del 15 de mayo de 1941.

qui realiza en el General no es un trabajo de "manufactura en serie", sino algo que merece ser reconocido como de primera clase. En investigaciones particulares también ha aplicado los conocimientos adquiridos por sí mismo y todos reconocemos el acierto de sus exploraciones y diagnósticos.

El estudio inaugural que comento es muy interesante por el tema que trata y por los aspectos que presenta referentes a la práctica de la radiología clínica. Es muy importante lo que señala respecto a la oportunidad de un diagnóstico temprano del cáncer intestinal, que sólo radiológicamente puede ser hecho y que, practicado en esas condiciones y con técnicas apropiadas, será la única manera de atacarlo en tiempo oportuno y con probabilidades de éxito. Insiste, con mucha razón, en la necesidad de efectuar numerosos exámenes y con técnicas diversas para poder despistar lesiones mínimas, principalmente mucosas, que serán las que permitan interpretar de un modo correcto los detalles radiográficos. Pero además de la técnica radiográfica tiene mucha importancia la exploratoria, aunadas ambas a la experiencia en la interpretación. Porque en el estudio de las lesiones intestinales, como de las gástricas, como de las duodenales, etc., es tan grande la variedad de manifestaciones, que sólo un radiólogo con conocimientos teóricos y con buen instinto interpretativo pueden llegar a resultados precisos. Esto que llamo instinto interpretativo, semejante a lo que el vulgo llama ojo clínico, no es sino el acervo de conocimientos que la experiencia ha ido atesorando, y que permiten en un momento dado, descubrir detalles que sin aquéllos pasarían inadvertidos y que conducirían a una conclusión errónea.

Hace el Dr. Coqui una descripción prolija de las condiciones de una buena exploración, tanto en la preparación del paciente como en el *modus operandi*, relatando después los signos radiológicos que se aprecian en las lesiones neoplásicas del colon y advierte, con muy justa razón, cuánto más ilustrativo es el examen directo por medio de la endoscopia cuando aquellas se encuentren radicadas en las porciones accesibles. Es muy frecuente recibir solicitudes de exámenes radiológicos del asa sigmoidea o del recto, cuando no es comparable el resultado de éstos con una buena sigmoidea o rectoscopia. El estudio diferencial de los neoplasmas con otras lesiones que pudieran asemejarse, se encuentra atinadamente descrito.

El Sr. Dr. Coqui toca puntos de singular importancia en el ejercicio de la radiografía clínica: la necesidad de estrecha cooperación entre el clínico y el radiólogo. Dice Coqui: "este funcionamiento en donde el radiólogo es considerado como médico de laboratorio y no de consulta, no llena por completo el hueco que sólo se cubrirá cuando las investigaciones clínicas y radiológicas dejen de estar divorciadas y marchen por el mismo sendero... Mientras el radiólogo no sepa o no tenga profundos conocimientos de patología, técnica radiológica y fundamentos anatomopatológicos y clínicos, no dejará de ser el fiel y obediente servidor de distinguidos médicos y no su colaborador". Más adelante, sigue diciendo: "para el adelanto o progreso en el radio-diagnóstico de los neoplasmas, es necesario hacer algo más que fichas operatorias, informes radiológicos insípidos o de autopsia, es indispensable un estudio coordinado, anatómico, clínico y de rayos X, un intercambio entre estos especialistas que asegure y haga más profundos nuestros conocimientos".

¡Cuánta razón tiene el Dr. Coqui en su exposición de este aspecto del ejercicio de la radiología clínica! Es por demás común, excepto raras excepciones, la solicitud de radiografías o de estudios de todo un aparato orgánico, sin que se proporcione al radiólogo ninguna orientación clínica. Esta es indispensable en la mayoría de los casos, tanto para conducir la exploración del modo más apropiado, como para orientar la interpretación. Por otra parte, tanto al clínico como al radiólogo interesa saber la confirmación o rectificación del diagnóstico, ya para afirmar el conocimiento, como para corregir los errores de interpretación cuando éste sea el caso.

El Sr. Dr. Coqui estaba perfectamente capacitado, por sus conocimientos clínicos generales y de técnica, para ser un buen radiólogo; su disciplina para seguir los métodos exploratorios y su entusiasmo y perseverancia, le han hecho un buen radiólogo. Sus enseñanzas en la Facultad le han exhibido como un hábil pedagogo, así como se reveló competente organizador en su servicio del Hospital General. Así pues, nadie más indicado que él para ocupar un sitio distinguido en esta Academia. Sea bienvenido.

●